

愛知県福祉サービス第三評価事業 評価結果

①第三者評価機関名

一般社団法人 福祉サービス評価センター

②施設・事業所情報

名称： プレミアムデイサロンローズラウンジ	種別： 通所介護施設
代表者氏名： 奥村 千代美	定員（利用人数）： 29名（28名）
所在地： 愛知県名古屋市中川区広田町2丁目10-1	
TEL： 052-364-1001	
ホームページ： http://www.daikoufukushikai.jp/	
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：平成28年10月1日	
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 大幸福社会	
職員数	常勤職員： 6名 非常勤職員： 5名
専門職員	管理者（兼務）： 1名 看護師： 2名
	介護福祉士： 2名 機能訓練指導員（兼務）： 1名
	看護師（兼務）： 1名
	生活相談員（兼務）： 2名
施設・設備の概要	食堂・浴室・便所 機能訓練スペース・休憩コーナー
	ミニ調理室・カラオケルーム 洗濯コーナー

③理念・基本方針

<p>◇ 基本理念</p> <p style="padding-left: 20px;">『感謝のおもてなし』で、地域の皆様の笑顔を守る存在に 『優しさと笑顔で日々感謝の心』</p> <p>◇ 基本方針</p> <p style="padding-left: 20px;">『もっと、笑顔』 地域のやさしいふれあいの中で、笑顔の暮らしをはぐくみます</p>
--

④施設・事業所の特徴的な取組

<ol style="list-style-type: none"> 1. 「美容」「運動」「癒し」の3つのサービス提供でおもてなしを行う。 2. 身体的な機能訓練とともに、身体の内面から健康になれるサービス提供を心がけている。 3. スタッフはホテルマンのような対応を心がけ、利用者の処遇にあたる。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年5月16日（契約日）～ 平成30年8月26日（評価決定日） 【平成30年6月26日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	初回（平成 年度）

⑥総評

◇ 特に評価の高い点

1. 施設の運営方針に沿って利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の「自立」を第一に考えた機能訓練を主とした福祉サービスが特徴である。通所介護計画書・機能訓練計画書により、在宅でのアセスメントを実施し、結果を基にケアの方針を決定している。機能訓練等を行う場合には、利用者の意向を第一とし無理強い・強制をしない等が徹底されている。

2. 他の事業所では休みになることが多い「日曜日」「祝日」も営業しており、利用者が安心して利用することができ、地域のサロンの役割を担っている面もある。提供するサービスの内容については、ホテル利用の気分を味わっていただくことが主眼であり、施設の玄関を始め随所に工夫が見られる。フロアは利用者がゆっくりと過ごすことができるよう趣向が凝らされており、室内の装飾もテーマが決められ明るい雰囲気を出している。

3. 同一法人の特別養護老人ホームやデイサービスが中心となって実施している行事の「幸楽荘まつり」や、地域主催の行事への参加、施設スペースを地域の会合等に開放するなど、積極的に地域との関わりを持つよう心掛けている。

◇ 改善を求められる点

1. 研修や会議・勉強会・ミーティングなど定期的な機会を設け職員参加を奨励しているものの、法人全体の取り組みの中に埋没している傾向が見受けられる。今後は、研修・会議が単なる報告に終わることなく、また形式的な開催とならないよう目標を明確にするとともに、職種・参加者を明記したうえで、不参加者も含め情報共有や振り返りができる仕組みづくりを期待する。

2. 災害時に備えた研修や訓練、緊急時の対応について実践的な内容で訓練を行うなど、全職員が災害時に対応できるよう対応されたい。特に昨今は災害が多く発生し、高齢者が犠牲になる事例が全国的にも多く見られている。避難確保計画は、行政の指導のもと作成し届け出済であるが、同計画では実践的な避難訓練が義務付けられていることから、福祉施設として災害に備えた訓練に積極的に取り組み、実施されることを望む。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、初めての受審でしたが、要改善事項とされた2点について、研修は新人研修、勉強会と取り組みはしていますが、さらにローズラウンジの特色であるラグジュアリーな空間提供を意識した利用者様への接遇や処遇面を強化すべく、処遇会議や勉強会を実施致します。

また、防災については既に消防署への届け出や防災計画など体制は整っていますが、利用者様を含めた防災訓練の見直しを致します。

今後も、施設理念を職員一人ひとりが意識し『感謝のおもてなし』を実践して参ります。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果

※ すべての評価細目(65項目)について、判断基準(a・b・cの三段階)に基づいた評価結果を表示する。

※ 評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

【共通評価基準】

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果	
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。			
	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	高1	a・㊦・c
<コメント> ・法人の理念、事業所の介護理念・運営方針は施設内への掲示を始めホームページ、パンフレットに記載されており、職員、利用者、家族へ周知を図っている。 ・理念と運営方針については、職員の入職時研修において第一項目として位置付けられており、法人全体で「感謝とおもてなし」の理念を基としたサービスの提供を徹底している。			

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している			
	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	高2	a・㊦・c
<コメント> ・社会福祉事業の動向はインターネットや情報誌などを活用して把握しており、施設を取り巻く環境の変化や高齢化が進んでいる状況は常に注視している。 ・法人全体の毎月の「運営会議」「部門会議」で、毎期、中間・決算期毎に、また毎月の状況報告を通じて分析している。ローズラウンジにおいては、経営面では稼働率を重要視する中で利用者の希望には沿っているが、介護施設としての視点や在り方について改善や工夫を期待する。			
	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	高3	a・㊦・c
<コメント> ・法人全体として「法人内管理者会議」で経営状況を報告し課題を明確にしている。毎月の「運営会議」において各事業所合同で課題を整理し、現場職員へ報告・周知がなされ共有が図られている。 ・施設運営の現場として、年間を通して課題の分析・振り返りを行うことで翌年の年間目標を設定し、それに基づいて次年度の事業計画へ反映させていく取り組みが望まれる。			

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	高4	a・㊦・c
<コメント> ・法人における中・長期計画については担当理事から説明が行われ、それに基づいて施設の事業計画が策定され、職員には「運営会議」などで説明し周知している。 ・地域の動向やニーズに基づいて、法人内の関連事業所新築等の計画がなされているが、将来構想として施設の健全な施設運営への取り組みについて、施設としての具体的成果を明確にされることを期待する。			
	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	高5	a・㊦・c
<コメント> ・中・長期の事業計画・収支計画が反映された単年度事業計画の作成が求められており、部門ごとに事業計画が示され職員に周知されている。 ・施設の開所から間もなく2年を過ぎようとしているが、運営状況を踏まえた単年度事業計画作成に向けて具体的な目標を掲げ、その対策を示すとともに1年間の振り返りと評価を行い、次年度の目標設定に繋がる仕組み作りが望まれる。			

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。				
I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	高6	a	ⓑ	c
<コメント> ・単年度の事業計画には9項目の方針と具体策が記述されており、利用者の処遇、食事サービスの面、職員の姿勢・人材育成、地域との関係作り、健全な施設運営などへの取り組みについて記載されている。 ・単年度の事業計画を作成するにあたり、稼働率の数値目標を示すなど全体的に具体的な指標を記述し、評価を確認できる仕組みを構築することなど再考願いたい。				
I-3-(2)-② 事業計画は、保護者等に周知され、理解を促している。	高7	a	ⓑ	c
<コメント> ・利用者や家族には行事計画や予定について周知・説明しているが、今後は、予算や事業計画の全体像についても内容を簡潔にまとめた資料を作成するとともに、利用者・家族への説明と周知を望むとともに理解を促すよう努めていただきたい。				

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

			第三者評価結果	
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。				
I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	高8	a	ⓑ	c
<コメント> ・単年度の事業計画に、質の高い介護サービスの提供、介護チームの充実について示されており、職員研修を通じて特に接遇面の強化について特に力を入れている。 ・まずは職員が福祉サービスの本質や在り方について自らが振り返りを行うことで、日常の介護サービスにおける気付きについて評価と実践を行い改善につなげていただきたい。				
I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	高9	a	b	ⓒ
<コメント> ・サービスの質の向上に向け各種委員会で話し合い、評価、改善点の把握、改善策への取り組みを行っているが、継続的・計画的・職員間の課題の共有化とまでは至っていないと思われる。定期的な利用者・家族アンケート等によるサービス評価の分析、また、今回の第三者評価結果や自己評価によって改善課題を明確にし、改善計画や改善策を策定することが望まれる。				

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

			第三者評価結果	
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。				
Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	高10	a	ⓑ	c
<コメント> ・法人の取り扱いとして「常務理事以下代決規程」「役職員職務分掌表」に施設長始め管理職・指導職の役割が明記されており、これらの規程は事業所に置かれており職員にも表明している。関係する規程は随時見直しが行われ、常に最新版が事業所に置かれている。				
Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	高11	a	ⓑ	c
<コメント> ・法人全体の取組みも含め管理者は、職員に対し各種会議を通じて個人情報保護・プライバシー保護・倫理・社会福祉関係法令・防災等幅広い分野の法令遵守について実践しており、リーダーシップを発揮し指導している。				

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	高12	a・㉞・c
<p><コメント></p> <p>・管理者は、事業計画に記述されている「職員のスキルアップ」を重要視して、職員の施設内外への勉強会や研修への参加を促すとともに、職員の心得として「ルールブック」にまとめられた業務遂行上の事項に対し、その実践に指導力を発揮している。</p> <p>・法人の在宅部マネージャーが事業所を訪問し、現場を見ることでコミュニケーションを図りながら課題等の把握を行っている。今後は、第三者評価を定期的に受審して法人幹部と事業所職員が共通の課題や問題を共有することで、福祉サービスの質の向上に向けた取り組みを強化されたい。</p>		
II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	高13	a・㉞・c
<p><コメント></p> <p>・経営の改善や業務の実行性向上に向けて、毎月の「運営会議」で経営状況の分析を行うとともに報告し、部門会議や職員の面談で得たことなど、組織内で同様の意識を形成し改善に取り組んでいる。すぐに解決できないことは法人の会議へ上申し検討を依頼しているが、さらなる指導力を発揮されたい。</p> <p>・経営の改善や業務の実行性を高めるため、教育・研修等自己啓発の支援に加え、資源節約の観点から業務の効率化と改善に向けた取り組みを行っている。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	高14	a・㉞・c
<p><コメント></p> <p>・法人の人材確保と育成に関する方針は「ワークライフバランスの充実」を基本的な考え方としている。人員確保については公的機関も利用しながら求人を行っており、ホームページも積極的に活用している。</p> <p>・入職後は担当職員が教育の計画をたて、法人の新人研修と併せた現場研修を実施している。業務に必要な資格取得に向けた勤務への配慮、産業医によるメンタルヘルスケアの実施等、職員の定着に向けた取り組みを行っている。</p>		
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	高15	a・㉞・c
<p><コメント></p> <p>・法人として平成30年度から、職員の育成・活用・報酬・評価までの総合的な人事管理制度を取り入れ、採用基準と職員の専門性・能力・成果に基づく評価基準を明確にし、多様な働き方やキャリアパスに応じた処遇内容の実現を目指すこととした。</p> <p>・今回の調査では「期待する職員像」を明確に確認することはできなかったが、目指すものとして施設理念である「感謝のおもてなし」の実現に向けての熱意は発揮されていた。職員の専門性や職務に関する成果を評価するための仕組み作りに期待する。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	高16	a・㉞・c
<p><コメント></p> <p>・職員の就業状況として職員の労働時間・勤務時間などを適切に把握する中で、希望休暇制も取り入れており働きやすい職場環境作りを行っている。適時に施設長との個別面談を実施し、各部署の役職者による意見聴取も行っている。</p> <p>・法人として年1回職員に対するストレスチェックを実施し結果を職員に周知している。いつでも、希望により健康・ストレス相談を受け入れ、必要に応じて産業医による相談が受けられることで、福祉人材の確保、定着の観点からも組織の魅力を高め、働きやすい職場づくりに関する取り組みを行っている。</p>		
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	高17	a・㉞・c
<p><コメント></p> <p>・新人研修用の業務マニュアルを用意し個別的な指導を行っている。所謂「プリセプター制度」により実践的な指導が行われているが、職員一人ひとりに対する目標設定、研修受講希望の把握を行い、育成に向けた定期的な面接や目標達成度確認の仕組みを作ったうえで、より研修効果を上げていただきたい。</p>		

II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	高18	a・b・㉔
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・年間計画に研修の内容と予定は記載されているが、施設として積極的に教育・研修について職員の参加を促すとともに、介護職としてさらなる成長に向けて研修レポートの提出を義務付けるなど発表する機会を設けて、他の職員への情報提供や自身の振り返りを求めたい。 ・事業計画には1年間に亘る職員研修計画の記述はない。「研修計画」として介護サービスのレベルアップの必要性・重要性を記載し、職員の育成という課題認識を求め周知するとともに、1年間の「研修計画」を基に参加を促す組織的な取組を望む。 		
II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	高19	a・b・㉔
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員一人ひとりについて自主的な教育・研修を受講する機会は確保されており、職員に対し職務や必要とする知識・技術水準に応じた研修会への参加を勧めている。参加後のレポート提出、朝礼・夕礼・会議等で結果報告は行われているが、より内容を充実させるとともに受講記録を整えられたい。 ・職員の経験や習熟度に合わせた研修の受講により、組織全体の介護力向上に繋げていただくとともに、職員のモチベーションの維持と就労意欲を高める環境が期待される。 		
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	高20	a・b・㉔
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・同じ法人が運営する「特別養護老人ホーム幸楽荘」が実習生の受入れと導入教育を管理している。実習生受入れにあたっては、学校等との説明を踏まえた実習内容について連携したプログラムがあり、受入れ時は教育・育成についてのマニュアルに沿って計画に基づいて行い、プログラムには施設部(特別養護老人ホーム)と在宅部(デイサービス)の実習を組み入れている。 ・事業所として事業を開始してからようやく2年が過ぎたところである。今後の課題として法人内の他施設と協調を図り、実習生の受入れについて前向きに検討されることを望む。 		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	高21	a・㉕・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人のホームページで、理念や基本方針、事業所毎の各種サービスの取り組み、事業実施状況等について公開しており、また、現況報告書及び決算書類も同様にホームページで情報公開を行っている。理念や基本方針、事業所で行っている活動等は、広報誌に掲載するとともに、関係機関や利用者家族へ配付している。 ・ホームページ・広報誌とも写真による視覚的PRに努め、理解を深める努力は伺うことができるが、情報発信の観点からも今回受審した第三者評価の概要等の公開について検討されたい。 		
II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	高22	a・㉕・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のために、総合人事管理制度体系表及び役職員職務分掌表などの規程が整備されている。日常業務は、法人で一括処理しており「常務理事以下代決規程」の定めにより事務を進めている。 ・事業計画の中に経費節減が謳われ、具体策として組織の強化とコスト管理などが明示されている。毎月のチェック・業績報告、年1回の当該事業所以外の職員による内部監査を実施するとともに、監事会による監査などで経営面・施設運営面の課題提起や指摘を受け、適正な運営のための取り組みが行われている。今後は定期的に第三者評価を受審するなど、より透明性の高い運営に努めていただきたい。 		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果	
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
II-4-(1)-①	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	高23	a・㊸・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域との関わり方については事業計画の方針に掲げられており、法人全体の「地域との関係作り」の取り組みが行われる中で、ボランティア受入れ、地域住民の見学受入れ等、地域との関わりを大切にしている。 ・毎年、恒例としている「幸楽荘まつり」など地域に根ざした交流事業を進めており、当事業所の利用者も参加し交流を深めている。通所介護施設として職員が同行し、社会資源を利用した景勝地等への訪問や買い物など外出行事等のさらなる充実を期待する。 			
II-4-(1)-②	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	高24	a・㊸・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア等の受入れは、法人内の他施設が担当窓口で行っており申し出により受入れている。新規ボランティア受入れの際は「ボランティア受入れマニュアル」をもとに打ち合わせを行い「ボランティア申込書」に署名をいただき受け入れている。 ・受入れマニュアルを充実するとともに、トラブルや事故を防ぐための体制が望まれる。現在は化粧ボランティアを受入れているが、新たに外出支援など施設部と協調を図った受入れ体制の充実と拡大を望みたい。 			
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
II-4-(2)-①	福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	高25	a・㊸・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者サービスに関わる警察・消防救急等の社会資源や行政機関・地域包括センター・居宅介護支援事業所に関するリストは示されている。 ・地域の民生委員児童委員や区政協力委員の会議へ出向いて情報収集にあたり、地域ケア会議、サービス担当者会議や地域連携交流会等へ参加することにより関係機関や他施設と連携がなされている。これらの内容は必要に応じ会議の際に職員へ報告し、情報の共有が図られている。 			
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている			
II-4-(3)-①	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	高26	a・㊸・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設を認知症サポーター養成研修の会場や町内会会合の場として利用していただき、また、施設見学会の開催や一周年行事に地域の方々を招待することにより貢献している。今後は福祉施設としての役割や機能を活かした取り組みを望むとともに期待したい。 			
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	高27	a・㊸・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設の方針として介護予防に力点を置いており、地域で支え合い助け合いの輪を広げたいとの思いのもとで施設を運営している。運営面では、主として在宅部マネージャーが施設の役割やサービスの内容を定期的に紹介するとともに、わかりやすく説明する機会を作って公益的な活動を担っている。 ・法人としての取り組みとして新たに認知症カフェの開設が予定されているが、地域の福祉ニーズを把握する中で高齢者サロンや健康教室などの実施を期待したい。 			

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果		
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。				
Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	高28	a	ⓑ	c
<コメント> ・法人・施設の基本理念の中に「感謝のおもてなし」「やさしさと笑顔で日々感謝の心」とあり、利用者、利用者の家族に感謝することが明示されている。 ・職員一人ひとりが理念を理解するとともに、特に接遇面においては理念に沿った支援を目指し努力している。月1回の「おもてなし委員会」をローズラウンジでも開催し、ケアの統一に向けた方向性を再確認するとともに、サービス向上に関する審議を行うことが期待される。				
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	高29	a	ⓑ	c
<コメント> ・運営規程、契約書にサービス提供の方針や内容が示されており、毎月開催される「運営会議」「部門会議」等で検討や勉強する機会を設け、プライバシー保護等の権利擁護について留意した福祉サービスを提供している。入浴は同性介助を基本とし、入浴順序にも配慮している。 ・利用者のプライバシー保護等に関しては、契約時説明の際に利用者・家族へ説明しているが、重要事項説明書等にその内容について記述されることが望まれる。				
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。				
Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	高30	a	ⓑ	c
<コメント> ・見学あるいは体験利用時には、分かりやすく丁寧に説明し施設の特色や生活の様子を見て頂くとともに、利用者の不安を取り除く取り組みを行っている。 ・ホームページは一層見やすく興味を持ってもらえるよう内容の充実を図り、広報誌、パンフレットにおいても最新の活動内容が発信できるよう情報の共有に努めている。また、近隣を含む周辺地域にも積極的に広報活動を行っている。				
Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	高31	a	ⓑ	c
<コメント> ・福祉サービスの開始時には、生活相談員が丁寧な言葉づかいで重要事項説明書や契約書を提示しながら説明し、利用者・家族の同意を得て署名を頂いている。 ・福祉サービスの変更時は開始時と同様の手順で、早急に変更内容を書面により説明し、利用者・家族の同意を得て署名をいただくなど適切な対応を行っている。				
Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	高32	a	ⓑ	c
<コメント> ・ローズラウンジ利用者が当法人のデイサービス、グループホーム、短期入所、特養等を利用する際は、情報提供や助言等により共通の視点でケアができるよう配慮しており、サービスの継続性や環境の変化によるリスク防止に努めている。他事業所に変更、移動する場合も同様に配慮されることを期待したい。				
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。				
Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	高33	a	ⓑ	c
<コメント> ・利用者の満足度を高めるためにホテルのような施設を目指し、椅子・テーブルや風呂等各所にデザイン性を重んじている。食事面では食器は陶器を使用し、目の前で盛り付けした温かい食事を提供している。施設設備や接遇に偏りがちな面があるので、福祉サイドに立った利用者満足度の把握にも努められるとともに、福祉サービスの提供に活かされたい。 ・無記名で投書できる意見箱はある。イベント時にはアンケートを実施し結果についてデータ化し、運営会議で周知を図り改善につなげている。				

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。			
	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	高34	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情対応マニュアルは整備されている。開設間もないこともあり苦情は1件のみで管理者でもある生活相談員が迅速に対応し、利用者の家族への対応も適切に行われている。苦情は運営会議に報告し、施設全体の問題として再発防止に取り組んでいる。 ・苦情解決の仕組みは玄関に掲示され、意見箱も設置し多様な環境作りに努めている。外部の第三者委員と契約しており、定期的または抜き打ちに調査を受ける仕組みが整っており、調査結果は利用者に報告することとなっている。 			
	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	高35	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <p>相談員等からいつでも申し出て欲しい旨の説明を行っており、その後は日々の介護支援の中で利用者とのコミュニケーションを心掛けた対応で相談や意見を述べやすい環境を作っている。</p> <p>苦情解決の案内やポスターを施設内に掲示し、施設内のみならず外部の相談窓口も案内している。掲示や案内がよりわかりやすい場所に、そして相談しやすい環境づくりとして十分周知される等の工夫を検討されたい。</p>			
	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	高36	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・意見箱が玄関カウンターに設置され、毎日回収している。意見に対してはプライバシーに配慮しつつ迅速に対応するとともに、毎月運営会議に報告し組織全体の問題として検討を行っている。 ・意見や提案によっては、検討内容や結果によるマニュアルの見直しを行い、職員に周知する取り組みが望まれる。 			
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。			
	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	高37	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・日常のヒヤリハットや事故報告は職員間で情報を共有し、法人内の「リスクマネジメント委員会」で検討し振り返りを行う等の改善を図るとともに、再発防止に向けた組織的な取り組みを行っているが、職員の意識としては芳しいものではない。 ・事故報告は所定の様式に記録され、要因分析と改善策、再発防止策が検討され報告されている。ヒヤリハットがあった翌日にはミーティングを行い、職員参画のもと検討した改善策が赤ペンで記されている。危険度別にチェックする仕組みなどを検討されることを期待する。 			
	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	高38	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ノロウイルス、インフルエンザが中心の感染症マニュアルが作成されており、日常的な取り組みとしては施設全体で利用者の安全確保のために取組んでいる。インフルエンザウイルス予防接種は利用者、職員全員が摂取しており危機意識は持ち合わせている。 ・感染症テーマの内部研修には参加しているが、随時マニュアルの見直しを行い記録にとどめて頂くとともに、職員の家族が感染症に罹患した場合の対応について配慮・検討されることを期待する。 			
	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	高39	a ・ b ・ ㉟
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・通所施設とはいえども、1日分の備蓄品を非常事態に備え準備しているが、管理者を決めて管理をされることが望まれる。 ・水防法改正に伴う浸水時における「避難確保計画書」は既に作成し区役所に提出している。防災マニュアルは1部保管されているが訓練は行われておらず、施設内の通報訓練と合わせて避難訓練を実施されることを切望する。 ・職員の緊急連絡網、一斉緊急メール体制、職員の出勤基準や初動操作等のマニュアルの見直し・充実に期待したい。 			

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。			
Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	高40	a	ⓑ・c
<コメント> ・福祉サービスの提供における標準的な実施方法は、介護にかかる業務手順書としてマニュアル化され、日頃よりマニュアルの読み合わせを行いサービスの標準化や向上に努めており、職員はいつでも自由に閲覧できるようになっている。 ・平成30年度から、職員間のチェックや人事考課と連動した技能試験の実施を予定している。			
Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	高41	a	ⓑ・c
<コメント> ・「処遇改善委員会」は法、基準、規則に沿った処遇の推進に関する事及び監査指摘事項の改善に関する事を、「研修マニュアル委員会」では内部研修・自主勉強会等に関する事を月1回開催するとともに、随時見直しを図っている。 ・見直しは職員の共通意識を育てる取り組みであり、生活相談員・看護師・介護職員と連携を密に取りながら進められている。			
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。			
Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	高42	a	ⓑ・c
<コメント> ・利用開始時は、居宅介護支援事業所からの情報と利用者や家族から計画作成支援専門員が話を聞いてアセスメントを行い、サービス実施計画を策定しており、利用者・家族に説明したうえで同意を得ている。 ・利用開始後は、実際の利用者との関わりを活かして、より具体的な支援の状況について確認しながら、現状に即した利用者本位のサービス実施計画を策定している。			
Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	高43	a	ⓑ・c
<コメント> ・定期的かつ計画的にアセスメントを実施し、介護サービス計画を作成している。サービスの実施計画内容について3ヶ月毎にモニタリングを実施し評価を行い、半年毎に利用者の状況に応じたサービス実施計画になるよう適切に計画の見直しを行っている。 ・見直し後の計画について利用者や家族へ説明理解を求めるとともに、変更後の福祉サービスについては計画担当職員から関係する職員全員へ周知している。計画担当職員から職員に対し、サービスの実施状況見直し手順について明示されることが望まれる。			
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化させている。	高44	a	ⓑ・c
<コメント> ・来所時における利用者の体温、血圧、脈拍数、入浴希望や投薬等の状況が記録されており、本人はもとより他の職員も状況を確認できる日誌となっている。必要最小限の伝達として、申し送りや申し送りノートの確認を徹底しており、職員間で共有化できるようにしている。 ・1日単位の記録ではなく1週間程度連続した記録の方法であれば、利用者の状態や状況の変化がより把握できると思われるので検討されたい。			
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	高45	a	ⓑ・c
<コメント> ・介護計画等の利用者に関する記録は諸規程に基づいて作成されており、定めにより保管、管理している。個人情報保護と情報開示も規程に基づいて適切に行われている。 ・名古屋市は条例で介護記録等は保存期間を5年と定めている。適切な文書保存に努めるとともに記録管理の責任者の設置が望まれる。			

【内容評価基準】

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果	
A-1-(1) 生活支援の基本			
	A-1-(1)-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	高46	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・サービス実施計画に基づいて、利用者の希望に沿った生活を送ることができるよう支援している。 ・日々の支援では施設到着後にバイタルチェックを行い、心身の状況等を把握したうえで昼間の過ごし方を聴き取り、複数のメニューの中から一人ひとりの希望に応じた支援内容を選択して頂く取り組みを行っている。			
	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	高47	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当			
	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に応じた生活支援(生活相談等)を行っている。	高48	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当			
	A-1-(1)-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	高49	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・契約書等において、利用者を個人として尊重し懇切丁寧に取り組むことが明示されており、利用者への言葉遣いや接遇に関しては、利用者一人ひとりに節度ある話し方、丁寧な言葉づかいでの声かけを心がけている。 ・日々の日課では、昼食後や入浴時等にゆったりと過ごすことに配慮し、触れ合いの中で得た意向や情報は職員間で共有し、統一したケアに努めている。			
A-1-(2) 権利擁護			
	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組みが徹底されている。	高50	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・「虐待防止委員会」を毎月開催し、身体拘束、虐待防止について審議している。また、外部研修等に参加した職員から研修の成果や内容について報告を行うとともに他の関係職員に周知している。 ・虐待防止マニュアルは保管されている。ローズラウンジでは事例がなく記録としてはないが、不測の事案発生に備えて勉強会等で理解を深めるとともに、発生予防と早期発見に役立ていただきたい。			

A-2 環境の整備

		第三者評価結果	
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮			
	A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	高51	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・常に施設の建物や設備が不具合にならないように留意している。正面玄関横にはスロープが設置されており、雨の日でも濡れずに玄関前まで行くことができ、利用者が安心して事業所で過ごせるよう支援している。 ・常に施設の室内を清潔に保つため清掃を行うとともに換気にも留意し、利用者が居心地よく過ごせる空間の確保に努めている。食卓には木製の椅子を使用しており、特注の低反発クッションを敷くなどきめ細かい配慮もなされている。一方では、ロビーにソファが置かれくつろぎの空間が作られており、談話スペースとして快適に過ごせるよう配慮もなされている。			

A-3 生活支援

		第三者評価結果	
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援			
	A-3-(1)-① 入浴援助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	高52	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・入浴前には健康チェックを行うとともに、血圧や体温などにより入浴の可否について、業務マニュアルに基づいた支援が行われている。 ・入浴時間は利用者の希望する時間帯を聴き取り入浴順の調整を行っている。入浴時は一人ひとりの状態に応じて安全のための見守りを行っており、女性利用者には同性介助を基本としており、利用者の尊厳や感情にも配慮している。 ・入浴後には水分補給やスキンケアを行うなど、入浴後の過ごし方にも細かな配慮をしている。			
	A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	高53	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・トイレには利便性を高めるために手すりを備え付けるとともに、排泄介助が行え得る十分なスペースが確保されている。支援は同性介助を基本としている。 ・排せつ支援としては声掛けを中心とした誘導により行っているが、体調の変化等で変更を要する際に適切な対応ができる配慮と体制を望む。 ・ホテルのような施設を目指しており、トイレの壁紙にも工夫を加えてあり快適に使用できる環境整備に心がけている。			
	A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	高54	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・移動支援について安全な実施方法とその取り組みについてマニュアル化し、利用者の心身の状況を把握して安全で快適に移動できるよう取り組んでいる。 ・廊下や階段にも手すりを設置し、できるだけ自力で安心かつ安全に移動できるよう、動線に工夫をしている。			
A-3-(2) 食生活			
	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	高55	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・食事を見た目からも楽しんでもらえるように陶器の食器を使用しており、食欲を高める盛り付けにも工夫している。 ・食事は利用者の楽しい時間であり、利用者の意向に合わせ仲の良い利用者同士が談笑しながら過ごせる雰囲気づくりに配慮した取り組みを行っている。 ・利用者の嗜好を聴き取り、旬の食材の使用など利用者の食欲増進に繋げている。			
	A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	高56	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・常に家族と相談しなるべく自宅と同じ食事形態に取り組むとともに、できるだけ普通食が食べられるよう支援している。 ・介助が必要な利用者には心身の状況に合わせた粥食、刻み食、ソフト食等の提供を行うとともに、利用者の状態によって必要な支援を行っている。			
	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	高57	a ・ b ・ ⑦
<コメント> ・食後の口腔ケアについて必要な方には声かけを行っているが、口腔ケアを促すだけではなく定期的なチェックを実施されることが望まれる。 ・職員に対する口腔ケアの研修を実施することにより、利用者の食事の様子、噛み合わせや痛みの様子を家族へ伝えるとともに情報の共有に努めることが望まれる。			
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア			
	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	高58	a ・ b ・ ⑦
<コメント> ・入浴時に全身の皮膚状態の観察を行っており、観察による気付きは送迎時に家族へ状況を報告し受診を勧めたりアドバイスを行っている。また、必要に応じて介護支援専門員へも報告を行っている。 ・「感染症委員会」での褥瘡、衛生管理に関する研修や取り組みを生かして、褥瘡の予防や早期発見につなげる理解を高めるとともに、周知徹底するための方策を講じていただきたい。			

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取り組みを行っている。	高59	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・経管栄養の利用者がいないこともあり、喀痰吸引・経管栄養の実施についての指針は明確になっていないが受入れ体制を整えていただきたい。 ・まずは、研修修了者の配置に努めるとともに、介護体制を強化のために看護師と協働で研修に取り組んでいただきたい。 		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	高60	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者は自宅での生活が中心であり、実情を鑑みながら利用者の希望を尊重しつつ心身の状況に合わせた機能訓練や介護予防活動を行っている。 ・筋力低下予防のために、レッドコード等のリハビリ機器の機能訓練機器を複数設置しており、機能訓練指導員による機能訓練を行い身体機能の低下を防止するよう努めている。 		
A-3-(6) 認知症ケア		
A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	高61	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の一人ひとりに合わせた対応を心がけている。送迎時に家族から情報収集を図るとともにサービス利用時の様子を伝え、家族と連携を図りつつ適切な支援に努めている。 ・職員に対しては、研修計画の中に認知症研修を位置づけるとともに積極的に参加を促し、認知症ケア取り組みに力を注いでいただきたい。 		
A-3-(7) 急変時の対応		
A-3-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立し、取り組みを行っている。	高62	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の体調変化に気付いた場合や急変時の対応について定められている。緊急時の連絡先を一覧にまとめており、必要な連絡先がすぐわかるようにしている。 ・急病人が出た場合、担当ケアマネージャーを通じ主治医から指示を求めるとともに、連絡がすぐ取れないときや緊急性が高い場合は救急車を呼ぶ対応をすることとしている。 		
A-3-(8) 終末期の対応		
A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取り組みを行っている。	高63	a・b・c
<p><コメント></p> <p>非該当</p>		

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	高64	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員は家族と送迎時にコミュニケーションを取りながら話す機会を設け、意見や要望、気になる事等を聞き出して記録したうえで職員全員で情報を共有し、家族が安心して任せられるサービス提供に取り組み、家族との信頼関係を築いている。 ・家族からの希望や意見は申し送りノートにて職員全体で把握するように努めており、家族から要望等があった場合はその日に対応できるように心がけている。 ・利用された日における1日の動きを記録して家族に知らせており、支援中に何かあった場合は直ちに家族に連絡している。また、必要に応じて担当のケアマネージャーにも連絡している。 		

A-5 サービス提供体制

A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		第三者評価結果
A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取り組みを行っている。	高65	a・b・c
<p><コメント></p> <p>非該当</p>		